

**LES LIPOMES DU COLON**  
**Considérations générales à propos de 7 observations**

**THESE**

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève  
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

**René Pierre RIEM**

de

**AVULLY (Genève)**

Thèse No 3507

GENEVE  
Editions Médecine et Hygiène  
1976



**LES LIPOMES DU COLON**  
**Considérations générales à propos de 7 observations**

**THESE**

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève  
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

**René Pierre RIEM**

de

**AVULLY (Genève)**

Thèse No 3507

GENEVE  
Editions Médecine et Hygiène  
1976

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Adrien Rohner, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 8 juin 1976

*Le doyen :*  
William Geisendorf

Thèse No 3507



Au professeur A. Rohner, qui a inspiré cette thèse et surtout qui nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence, vont nos sentiments de gratitude ; c'est grâce à son aide et à son expérience que ce travail a pu être réalisé.

Que le professeur J.-C. Rudler, qui nous a accueilli dans son service et assuré notre formation, trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

*A MA MERE*

*A MA FEMME ET A MES ENFANTS*

## LES LIPOMES DU COLON

### Considérations générales à propos de 7 observations

#### I - INTRODUCTION

Les lipomes coliques constituent une affection rare comme en témoigne la place très restreinte que leur réserve la littérature.

Il nous a paru utile de faire le point des connaissances actuelles sur ces tumeurs rares mais non exceptionnelles.

Il s'agit avant tout de tumeurs bénignes à symptomatologie fruste, imprécise, qui sont souvent révélées par une complication posant des problèmes thérapeutiques.

\*\*\*\*\*

## II - HISTORIQUE

Il semble bien que ce soit Bauer de Lausanne qui, en 1757, publie la première observation de lipome du tube digestif dans "Epistola de molis intestinalium" (1)

Virchow dans son traité d'anatomie pathologique rapporte de nouvelles observations dès 1863.

Meckel en 1878, Sangalli en 1860, apportent leur contribution à la connaissances de ces tumeurs. (2)

En 1833, Clos, dans sa thèse, présente les 6 cas connus en France, dont 3 sont des lipomes expulsés spontanément. (3)

Hiller, en 1899 (4), réunit 23 cas de lipomes digestifs ; mais c'est en 1909 que Stetten présentera une étude très complète portant sur 76 cas de lipomes dont 36 de siège colique. (5)

En 1924, P. et A. Derocque reprennent les travaux de Stetten et groupent 104 cas de lipomes gastro-intestinaux dont 52 de siège colique. (6)

En 1931, Comfert (7) réunit 23 cas nouveaux dont 5 opérés.

Cet auteur signale, après P. et A. Derocque (6) en y insistant, la fréquence d'une complication propre à ce type de tumeur : l'invagination intestinale.

Il est en outre l'un des premiers à pratiquer au cours d'autopsies des recherches systématiques de lipome au niveau du tube digestif.

Il découvrira ainsi sur 3930 autopsies 24 lipomes sous-muqueux dont 11 localisés sur le colon et le rectum.

En Allemagne, Odstreil publie en 1939, 3 curieuses observations d'expulsion spontanée de lipome. (8)

Aux U.S.A., Schottenfield s'est intéressé plus particulièrement aux lipomes de l'intestin grêle. (9)

Certains auteurs ont étudié principalement les critères du diagnostic radiologique. D'autres ont contribué à l'étude statistique et anatomo-pathologique par des autopsies systématiques. (7,9,14,21,22)

Enfin, Bousson recommande l'usage d'un rectoscope stérile pour une rectoscopie per-opératoire à travers une colotomie vers l'amont et vers l'aval qui permettra de découvrir la tumeur, de préciser ses caractères et éventuellement de trouver d'autres lipomes.

En France, à part les travaux de P. et A. Derocque déjà cités, nous signalerons la thèse de Michaux qui rassemble 181 cas de lipomes (10) et le travail de Debray qui rapporte 71 observations en 1963 (11).

\*\*\*\*\*

### III - OBSERVATIONS CLINIQUES

Entre 1966 et 1975, nous avons pu observer à la clinique chirurgicale universitaire de Genève (Directeur Professeur J.C. RUDLER) 7 observations de lipome colique.

Cas n° 1 : Mr R....E..., est admis dans notre service le 8.2.1966. A l'entrée le patient se plaint de diarrhées, de douleurs situées au niveau de la fosse iliaque gauche ; un lavement baryté effectué en novembre 1965 montre une image polypoïde à la jonction sigmoïde-côlon descendant et des diverticules. L'image polypoïde étant douteuse, on décide une laparotomie exploratrice. L'état clinique du malade et les examens biologiques sont satisfaisants.

Le 15.2.66 on intervient : para-médiane para-rectale gauche, l'opérateur palpe une tumeur bien délimitée au lieu prévu, le sigmoïde sous-jacent est le siège d'une péri-sigmoïdite diverticulaire limitée sur 10 à 12 cm. On décide de réséquer la zone diverticulaire uniquement car pour englober la tumeur il faudrait abaisser l'angle gauche ; on résèque donc 15 cm de sigmoïde et on excise un polype de la taille d'une petite prune, le côlon est refermé en deux plans.

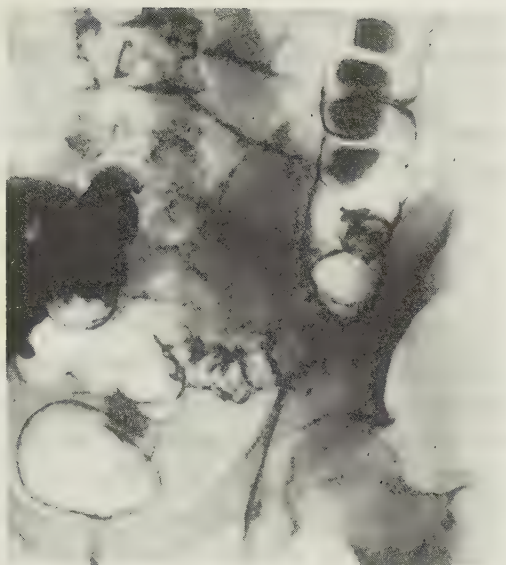
#### Histologie

- a - lipome sous-muqueux avec quelques bandes de sclérose péri-vasculaire sans rien de suspect.
- b - Diverticulose avec péri-diverticulite et formation d'abcès dans le méso-sigmoïde.

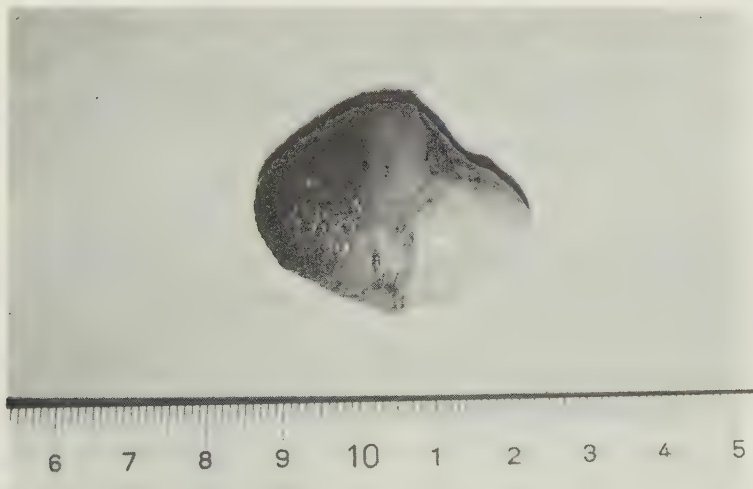
#### Evolution

Les suites opératoires sont simples, le transit reprend entre le 3e et le 4e jour post-op. Depuis lors le patient est en parfaite santé, il ne présente plus aucun trouble digestif.

Il est évident, que la symptomatologie est, dans ce cas, bien plus attribuable aux lésions diverticulaires qu'à la tumeur, celle-ci étant une découverte radiologique.



Radiographie montrant la zone diverticulaire sigmoïdienne et l'image polypoïde du lipome.



Pièce opératoire montrant exclusivement le lipome avec son capuchon muqueux.

Cas n°2 : Mr L..E., 65 ans hospitalisé le 18.2.1969.

Ce patient a subi en 1942 une suture d'ulcère perforé. Il se plaint depuis 3 ans de douleurs épigastriques typiques pour un ulcère et le traitement médical anti-ulcéreux n'a plus d'effet. Le transit baryté révèle une niche sur la petite courbure ainsi qu'une cicatrice bulbaire.

Status clinique : excepté une hernie cicatricielle sur la médiane sus-ombilicale, l'état clinique est bon, de même que les examens biologiques.

Intervention le 20.2.69 : on pratique une gastrectomie des deux tiers avec rétablissement de la continuité selon Hofmeister Finsterer car il y a une grosse cicatrice ulcéreuse post-pylorique, de plus l'opérateur note l'existence d'un lipome de la taille d'un abricot situé sur le côlon transverse. Ce lipome est excisé.

#### Histologie

1 - Cicatrice d'ulcère **bénin** post-pylorique.

2 - Lipome bénin sous-séreux du colon transverse.

L'évolution post-opératoire est normale et le transit est repris au 4ème jour. Actuellement le patient ne présente aucune plainte tant sur le plan gastrique que colique.

Dans ce cas, le lipome est une découverte fortuite, per-opératoire ; il n'y avait aucune symptomatologie liée à la présence de la tumeur.

Cas n° 3 : ~~Mme~~.... C..L., 54 ans, hospitalisée le 14.12.1970 ; elle a présenté à deux reprises des épisodes d'hémorragie basse peu abondante.

Il n'y a pas d'autre symptomatologie et le lavement baryté effectué en novembre montre une lacune marginale à l'union tiers-moyen, tiers gauche du transverse dont l'origine est probablement néoplasique. Le status clinique et la biologie sont parfaitement normaux.

Intervention le 8.10.1970 : (Professeur J.C. RUDLER) : médiane sus-ombilicale ; on tombe sur une petite tumeur très ferme de la grosseur d'une noix sur le bord mésocolique à l'union tiers moyen et tiers gauche du transverse.

On effectue une résection du transverse sur 15 cm de chaque côté de la tumeur et on pratique une anastomose termino-terminale en un plan total.

Histologie : masse fibreuse de 2,5 cm de diamètre prenant la paroi musculaire et la sous-muqueuse et quelquefois la muscularis mucosae. Il s'agit d'un lipo-fibrome avec au centre un diverticule de traction. L'évolution post-opératoire est simple, le transit reprend dès le 2eme jour.

Nous n'avons aucune précision quant à l'évolution à long terme car cette malade a quitté notre pays ; il serait intéressant de savoir s'il y a eu d'autres épisodes d'hémorragies qui seraient alors attribuables à une lésion autre que le lipome (et diverticules, polypes).

Cas n°4 : Mr H...H., 70 ans hospitalisé le 19.6.1971.

Ce patient a subi en 1967 une résection segmentaire du sigmoïde pour diverticulite et on notait déjà des franges épiploïques et un mésocôlon extrêmement épais.

Six mois avant son admission, le patient se plaint d'une perte pondérale de 3kg en 3 mois et de troubles de la digestion très vagues.

Le lavement baryté effectué peu avant l'hospitalisation montre une anastomose parfaitement fonctionnelle avec un polype sous-jacent.

L'examen clinique est satisfaisant excepté une obésité modérée.

La biologie est tout à fait normale.

L'intervention a lieu le 19.6. : par colotomie sur une bandelette, on effectue l'excision d'un lipome de la taille d'une cerise.

Histologie : lipome de la sous-muqueuse sigmoïdienne sans rien de suspect.

Evolution : les suites opératoires sont compliquées d'une éviscération au 5eme jour qui est reprise immédiatement ; le patient quittera le service 3 semaines après son hospitalisation.

La catamnèse est impossible à effectuer, le malade ayant quitté la Suisse. Il est difficile, dans ce cas, d'effectuer une relation entre le lipome et la perte de poids ; cette relation est vraisemblablement nulle.

Cas n°5 : Mr M.....C..., 67 ans hospitalisé dans notre service  
le 8.1.1967

Dans les antécédents personnels de ce malade, on retrouve une cure de hernie hiatale et une cholécystectomie pour lithiase qui ont été effectuées en 1964.

Actuellement le patient se plaint de diarrhées, de vagues douleurs rétro-xyphoïdiennes et sur le lavement baryté on note la présence d'un polype sur le transverse près de l'angle gauche ainsi que de quelques diverticules sigmoïdiens.

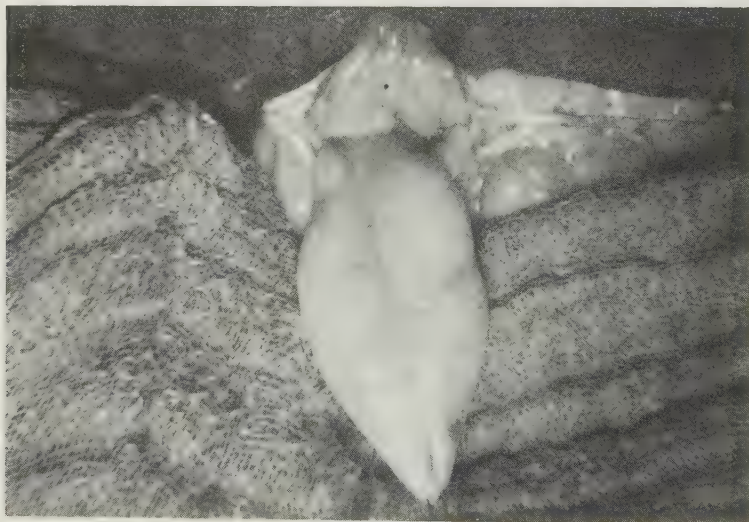
Le status et la biologie sont sans particularité.

L'intervention est décidée le 27.1.1967 : on effectue une colotomie sur le taenia et on extirpe un lipome de la grosseur d'une grosse cerise avec un pédicule relativement épais.

Histologie : il s'agit d'un lipome sous-muqueux non suspect.

L'évolution post-opératoire sera sans particularité.

Actuellement le patient ne se plaint plus de troubles digestifs, il a plutôt une tendance à la constipation et les douleurs ont complètement disparu.



Champ opératoire montrant la tumeur qui est attirée à travers la colotomie

Cas n° 6 : Mr G...C., 61 ans, admis dans le service le 15.10.1970. Ce patient a subi en 1964 une cure de hernie hiatale par fundoplicature. Il est réadmis dans le service pour des douleurs abdominales péri-ombilicales ; un lavement baryté effectué en ville révèle une masse tumorale ronde d'aspect bénin sur le côlon descendant peu après l'angle gauche. En dépit d'une obésité assez importante, l'examen clinique est normal.

Intervention le 4.11.1970 : il existe un état adhérentiel extrêmement important et en cours de libération de l'angle gauche, il se produit une déchirure capsulaire de la rate rendant la splénectomie nécessaire ; par colotomie on excise une tumeur pédiculée de la grosseur d'une poire, située au niveau de l'angle gauche. L'examen histologique extemporané révèle une tumeur mésenchymateuse sans suspicion de malignité.

Histologie définitive : il s'agit d'un lipome sous-muqueux, pédiculé, bénin.

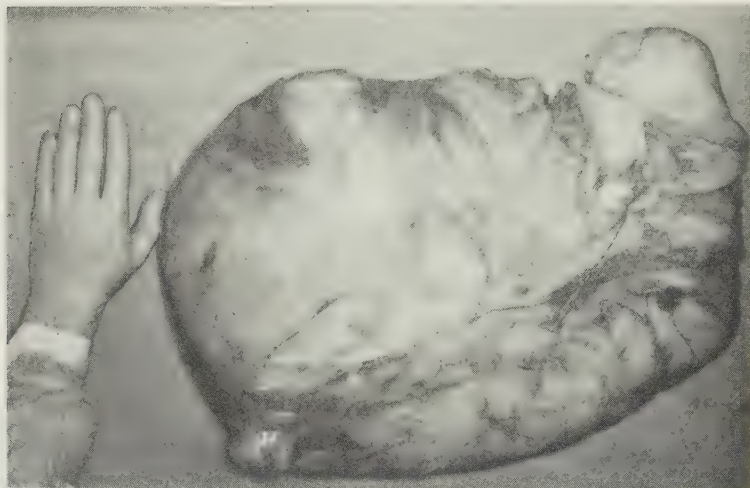
Evolution : les suites opératoires sont parfaitement normales ; la catamnèse de ce cas n'a pu être effectuée car le patient a quitté notre pays, mais étant donné le volume de cette tumeur-ci, il devient possible d'établir une relation avec les troubles cliniques.

Cas n° 7 : Mme Y..H., 48 ans, est hospitalisée le 18.11.75 pour une cure de hernie ombilicale ainsi qu'un énorme tablier graisseux qui gêne profondément la malade. Cette patiente a subi en 1969 une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et l'opérateur constatait déjà d'énormes masses graisseuses épiploïques et mésentériques. A l'examen clinique, l'état général est conservé, on note une obésité prononcée ainsi qu'un tablier graisseux débordant le pubis ; de plus, il existe une hernie ombilicale de la taille d'une mandarine parfaitement réductible.

L'intervention a lieu le 24.11.75 : et après ouverture du sac herniaire on constate avec surprise l'existence d'une énorme tumeur adipeuse refoulant tout l'intestin. Après libération de cette tumeur qui est implantée sur le côlon transverse, on l'excise : en cours de libération, une partie du colon est dévitalisée ce qui nécessite sa mise à la peau par une contre incision

Histologie : il s'agit d'un énorme lipome avec des foyers de nécrose et de sclérose sans signe de malignité ; la tumeur pèse 11 kg.

La malade quittera l'hôpital 3 semaines après son admission. Il est encore trop tôt pour se prononcer quant à l'évolution post-opératoire.



Pièce opératoire avec la main d'un aide en comparaison.

#### IV - ETIOPATHOGENESE

De l'étude d'ensemble des cas cliniques rapportés dans la littérature nous pensons pouvoir dégager les notions suivantes quant à la fréquence de survenue selon l'âge, le sexe et la localisation colique ; ensuite nous examinerons les facteurs favorisants.

Age : il n'y a pas d'âge privilégié pour la survenue du lipome colique. On en a trouvé à tous les âges. Le cas le plus précoce a été découvert chez un nourrisson de 10 mois, le plus tardif à 87 ans (D'JAVID) (13) Néanmoins la fréquence la plus grande se situe entre 40 et 60 ans (Pemberton) (14). Cette période groupe près de 70 % des cas.

Dans sa thèse, Michaux (10) cite la répartition suivante :

|                  |        |
|------------------|--------|
| - avant 20 ans   | 1 cas  |
| - 20 à 29 ans    | 7 cas  |
| - 30 à 39 ans    | 23 cas |
| - 40 à 49 ans    | 47 cas |
| - 50 à 59 ans    | 55 cas |
| - 60 à 69 ans    | 20 cas |
| - 70 ans et plus | 6 cas  |
| - non précisés   | 22 cas |

C'est également l'avis de Ch. Debray et Col. qui ont constaté sur 71 cas où l'âge était précisé (11) :

- deux cas ont moins de 30 ans
- 20 cas ont entre 30 et 50 ans
- 42 cas ont entre 50 et 70 ans
- 7 cas ont plus de 70 ans

Cette période de la vie est superposable à celle dite "période du cancer", d'où la répugnance des chirurgiens à se satisfaire de l'absence, lorsque la tumeur est découverte radiologiquement et, d'une ablation simple, méthode idéale certes, mais parfois aléatoire.

Sexe : la plupart des auteurs pensent qu'il n'y a pas de prédisposition particulière pour un sexe, cependant il nous est apparu assez clairement, à travers les diverses statistiques de la littérature, que le lipome colique est plus fréquent chez la femme.

- D'Javid (13) : 159 cas de lipomes coliques chez la femme sur un total de 254 observations, soit 63 %.
- Michaux (10) : 99 cas de lipomes coliques chez la femme sur un total de 181 observations, soit 61,4 %.
- Ch. Debray (11) trouve un pourcentage plus significatif encore : 49 cas de lipomes coliques chez la femme sur un total de 72 observations soit 68 %.
- Castro et Stearns confirment cette répartition (23).

On peut donc admettre qu'il y a une certaine prédominance féminine du lipome colique, c'est à dire deux femmes pour un homme.

#### Fréquence de la localisation colique du lipome

1 - Du point de vue de la fréquence générale, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le lipome du côlon reste une tumeur rare ; bien que depuis quelques années les publications aient été plus nombreuses.

Schottenfield (9), 1943 : 0,1 % sur 4063 autopsies.

Les enquêtes cliniques donnent des chiffres encore plus faibles : 0,025 % à la Mayo Clinic où Long et Dockerty (15) ont dénombré sur 125 000 laparotomies, 33 cas de lipomes coliques.

2 - En comparaison d'autres tumeurs bénignes du tube digestif, Bonie et Swan (28), en 1929, apportent les chiffres suivants :

|                 |    |
|-----------------|----|
| - adénomes      | 19 |
| - lipomes       | 8  |
| - adénomyomes   | 5  |
| - adénofibromes | 2  |
| - fibromes      | 1  |
| - fibromyome    | 1  |
| - angiome       | 1  |

Comfort, 1931 (7), considère de même le lipome comme la tumeur bénigne la plus fréquente après l'adénome, notion que confirment Long et Dockerty en 1949 (15).

- 3 - Considéré strictement du point de vue de sa localisation dans le tube digestif nous pouvons dire que le lipome colique est plus fréquent que celui de l'estomac. Il paraît être rencontré aussi souvent que celui du grêle, voire un peu davantage.

Sur 180 cas étudiés, COMFORT (7) donne la proportion suivante :

|                 |    |
|-----------------|----|
| - gros intestin | 92 |
| - grêle         | 65 |
| - estomac       | 22 |
| - non précisé   | 2  |

P. et A. Derocque colligent 101 lipomes dont 52 siègent sur le côlon et 49 sur l'intestin grêle.

En 1951, Michaux (10), dénombre 181 lipomes du côlon

- 4 - Comparés à la fréquence des tumeurs malignes, les lipomes digestifs sont extrêmement rares.

Bockus confirme ce fait (12).

Au total nous pouvons dire, après l'étude des diverses statistiques que :

- a - le lipome colique est une tumeur rare par rapport aux tumeurs bénignes épithéliales et aux tumeurs malignes du tractus digestif.
- b - il est cependant la tumeur bénigne du tube digestif la plus fréquente après l'adénome : un lipome pour 10 adénomes.
- c - la fréquence de sa localisation colique est sensiblement égale à celle des lipomes développés sur l'intestin grêle et supérieure à celle de l'estomac.

#### Facteurs favorisants

Des rares facteurs favorisants évoqués, seul le premier est à retenir, car l'autre est sujet à caution.

#### 1 - Lipomes coliques et diabète

Feldman (27) en 1961 a noté que sur 83 lipomes du tractus digestif découverts à l'autopsie, 18 % s'étaient développés chez des diabétiques.

Il existerait donc une certaine relation entre le lipome colique et le diabète. Cette constatation n'est pas dénuée d'intérêt ; en effet, il est vraisemblable que ces malades diabétiques étaient soumis à une insulinothérapie au long cours. Dès lors, deux faits sont à remarquer qui résultent de l'action physiologique de l'insuline, d'une part sur le métabolisme du glucose et des lipides, et d'autre part, sur le tissu adipeux.

On sait que le tissu adipeux est sensible à certaines influences hormonales (ACTH, cortisone, insuline).

L'insuline augmente la captation du glucose par le tissu adipeux : ce glucose ainsi capté est pour une faible part transformé en glycogène et en grande partie catabolisé, mais le catabolisme s'arrête au stade d'acétate actif (acétyl-Coenzyme A), qui augmente la lipogénèse.

Ainsi l'insuline favorise la lipogénèse et diminue la lipolyse. Cette action est surtout évidente sur le tissu adipeux. La liposynthèse est doublée en présence de glucose seul, décuplée en présence d'insuline et de glucose. Il est donc possible que ce mécanisme intervienne dans la survenue des lipomes coliques chez les diabétiques soumis à une insulino-thérapie au long cours.

## 2 - Lipomes coliques et lésions pancréatiques

Dans 20 % de ses cas, Feldman (27) note la coexistence de lipome colique et de lésion pancréatique nécrotique ou pseudo-nécrotique. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature confirmation ou contestation de cette hypothèse.

\*\*\*\*\*

## V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

### 1 - Aspect anatomo-pathologique des lipomes

Les lipomes sont des tumeurs bénignes, bien différenciées, composées de cellules graisseuses.

Il y a lieu de les distinguer de la lipomatose, celle-ci étant caractérisée par une infiltration diffuse de la sous-muqueuse et siégeant plus fréquemment sur le grêle que sur le côlon.

Nous individualiserons deux grands types de lipomes :

- a - les lipomes sous-muqueux
- b - les lipomes sous-séreux

#### a - le lipome sous-muqueux

La muqueuse et la tunique musculaire sont séparées par une sous-muqueuse, tissu conjonctif assez lâche permettant le glissement de la muqueuse sur le plan musculaire pendant les différentes phases d'activité de l'intestin. C'est au niveau de ce conjonctif lâche que se développe le lipome colique sous-muqueux.

Parfois, il intéresse tout ou une partie de la muscularis mucosae qu'il dissocie. L'apport vasculaire provient du méso et se distribue au niveau de la muscularis mucosae.

#### b - le lipome sous-séreux

C'est la variété la plus rare ; un cas pour 10 lipomes sous-muqueux selon Long et Dockerty (15)

Ch. Debray (11) trouve une proportion encore plus faible ; sur les 72 cas étudiés, il dénombre seulement 4 lipomes coliques sous-séreux soit 5,5 % dont 1 mixte sous-séreux et sous-muqueux.

D'Javid (13) trouve 8 lipomes sous-séreux sur 278 cas étudiés.

Le développement du lipome sous-séreux se fait sous le péritoine.

La confusion est donc grande avec les franges graisseuses et le tissu adipeux mésentérique.

Les anciens auteurs considéraient ce type anatomique comme banal, donnant rarement des signes cliniques ou tout au moins pas avant un stade avancé de leur développement ;

ces lipomes peuvent alors se manifester par des troubles de compression (ralentissement du transit), ou par des manifestations dues à la traction, suivie parfois de rupture du pédicule.

Ils réalisent dans ces cas des tumeurs libres pouvant se calcifier.

## 2 - Localisation des lipomes sur le colon

Le tableau ci-dessous rapporte les statistiques de Michaux (10) D'Javid (13) et de Debray (11). Il donne un aperçu de la fréquence d'implantation des lipomes coliques sur les différents segments coliques et, par comparaison, celle des adénomes et des cancers.

TABEAU I

| Localisation                     | Adénomes | Lipomes | Carcinomes |
|----------------------------------|----------|---------|------------|
| Caecum                           | 1 %      | 37 %    | 9 %        |
| Côlon ascendant et angle droit   | 1 %      | 18 %    | 14,5 %     |
| Transverse                       | 5 %      | 17 %    | 15,5 %     |
| Côlon descendant et angle gauche | 13 %     | 13,5 %  | 14 %       |
| Sigmoïde                         | 80 %     | 14,5 %  | 47 %       |

On constate donc que près de la moitié des lipomes siègent sur le caeco-ascendant ; la localisation valvulaire iléo-caecale n'est pas rare : 5 cas sur 72, soit 7 % dans l'étude de Debray (11).

Si l'on compare cette répartition avec celle des autres tumeurs coliques (adénomes et carcinomes), on relève que la fréquence du lipome augmente plus on s'éloigne du rectum (cf **tableau I**), contrairement à ce qui en est pour les carcinomes, et plus nettement encore, pour les adénomes).

### Macroscopie

Les lipomes coliques sont de volume variable, allant de la taille d'une cerise à celle d'une tête d'enfant nouveau-né. Rogister (24) a publié le cas d'un lipome sous-séreux pesant 2kg300 et mesurant 9cm/24cm survenu chez un enfant de 2ans.

La coloration jaunâtre de la tumeur est habituelle, ce qui est une résultante de sa nature grasseuse ; elle permet de les distinguer des autres tumeurs coliques dans la plupart des cas.

Sa consistance est habituellement molle, elle se déforme facilement, échappant souvent à la palpation, même lorsqu'elle a une taille respectable.

Sa forme est généralement arrondie ou ovale ; sa surface est lisse, lobulée ou polylobulée.

Les tumeurs sous-muqueuses peuvent être, soit sessiles, soit pédiculées avec une base d'implantation large, ce qui leur permet une certaine mobilité en battant de cloche.

Les pédicules peuvent dans certains cas se rompre par torsion ou nécrose, expliquant ainsi les expulsions spontanées. La muqueuse recouvrant le lipome peut être normale ou être le siège d'altération secondaire :

- infiltration inflammatoire qui donne à la tumeur un aspect rougeâtre, tuméfié, hémorragique, comme infarci.
- ulcération nécrotique, elle fait suite à une inflammation et siège en général au sommet de la tumeur. Elle semble être l'apanage des gros lipomes et est à l'origine de la plupart des hémorragies qui compliquent cette affection. La nécrose peut être complète ; elle entraîne alors l'élimination spontanée de la tumeur ce qui est un mode de guérison.

Trois mécanismes sont évoqués pour expliquer la survenue des ulcérations et des nécroses :

- 1 - torsion du pédicule : il y a interruption de la vascularisation et nécrose secondaire.

2 - étirement des vaisseaux qui traversent le lipome pour parvenir à la muqueuse.

3 - thrombose des vaisseaux muqueux.

Il est probable que ces divers mécanismes s'imbriquent ; en outre, les ulcération peuvent elles-mêmes être à l'origine des phénomènes inflammatoires vasculaires pouvant aboutir à la thrombose.

### Histologie

La tumeur a l'aspect habituel des lipomes circonscrits : le tissu adipeux est entouré d'une capsule conjonctive qui permet une énucléation facile et qui envoie dans la profondeur des trabécules s'insinuant entre les pelotons adipeux et lobulant la tumeur.

Le tissu conjonctif devient parfois prédominant ; il s'agit alors d'un fibro-lipome (Michaux en rapporte 3 cas) et c'est dans ces travées conjonctives que cheminent les vaisseaux nourriciers du lipome. Le tissu lipomateux est constitué par de volumineuses cellules adipeuses dont le noyau est refoulé à la périphérie par la graisse et par des cellules plus petites dans lesquelles la graisse se présente sous forme de petites gouttelettes.

L'aspect est monomorphe. En général le diagnostic histologique est facile. Dans la sous-muqueuse, il n'est pas rare de retrouver des lésions inflammatoires et congestives.

Il faut signaler un fait important : ces lipomes coliques n'auraient aucune tendance à dégénérer, ou du moins cela n'a jamais été rapporté ; ceci va à l'encontre des lipomes de la peau et de l'espace rétropéritonéal qui, eux, peuvent subir une dégénérescence maligne.

### Lipomes multiples

La coexistence de plusieurs lipomes chez un même malade est une éventualité rare. Certains auteurs néanmoins, en ont signalé quelques exemples :

- Comfort (7) sur 14 cas de lipomes coliques, 6 ont une double localisation
- Debray (11) 2 cas de lipomes multiples sur 71
- Kaplan (16) 2 cas de lipomes multiples

- Davy (17) et col. sur 92 cas, 10 lipomes coliques multiples dont 8 doubles et 2 triples.

Il est donc utile que le chirurgien soit averti de cette éventualité

Il devra faire un bilan per-opératoire soigneux, manuel et au besoin instrumental (rectoscopie, coloscopie).

#### Lipomes associés au cancer

Les statistiques sur ce point ne concordent pas. Certains auteurs en effet rapportent quelques observations de cancer du côlon associé à un lipome ; il est évident que cette association est une découverte fortuite de l'intervention chirurgicale visant à extirper la néoplasie.

- Long et Dockerty (15) : 8 associations de lipomes-cancer sur 33 cas étudiés.
- Debray (11) : 2 cas d'association
- Ginzburg (20) : 9 cas d'association sur 19 lipomes coliques étudiés

Par contre, d'autres auteurs, tels que Michaux (10), D'Javid (13) n'en n'ont jamais rencontrés.

Un fait important, à rappeler toutefois, est la coïncidence entre l'âge de survenue préférentielle du cancer et du lipome

\*\*\*\*\*

## VI - ETUDE CLINIQUE

Le lipome colique reste latent pendant très longtemps ; il ne se manifeste cliniquement que lorsqu'il atteint une taille appréciable, (2 à 3 cm de diamètre au moins selon nombre d'auteurs) soit par des troubles du transit, soit par des hémorragies, ou plus fréquemment encore par une invagination. En fait, le lipome colique reste dans la majeure partie des cas une découverte d'autopsie ou lors d'interventions effectuées pour d'autres motifs : diverticules, cancers. Nous n'étudierons que la clinique du lipome sous-muqueux qui est de loin le plus fréquent.

### 1 - Signes fonctionnels

Le tableau est dominé par la triade symptomatique : douleurs, troubles du transit et hémorragies.

#### a - La douleur

Elle prend souvent l'aspect de crampes ou de coliques qui surviennent par crises ; mais elle peut se présenter comme une simple gêne ou même une pesanteur. La douleur peut être sourde ou diffuse dans toute la région sous-ombilicale avec des paroxysmes fugaces. Le mécanisme de ces douleurs est mal compris car ce sont souvent de petites tumeurs ; néanmoins, dans celles qui sont plus volumineuses, on peut invoquer la responsabilité d'infarctissements partiels.

#### b - Les troubles du transit

Ils sont également fréquents et consistent en une diarrhée intermittente ou en alternance de diarrhée-constipation. Il est évident que plus la tumeur est volumineuse, plus le transit est perturbé. Les diarrhées existent une fois sur 4 ; elles sont glaireuses ou franchement dysentériques.

#### c - Les hémorragies

Ce sont des rectorragies de sang rouge ou brunâtre plutôt que du melaena ; par leur abondance ou leur répétition, elles peuvent entraîner une anémie hypochrome : Debray (11) en signale 6 cas sur 26 lipomes coliques avec hémorragie.

La fréquence des hémorragies a été estimée par quelques auteurs : D'Javid (13) 48 % des cas rapportés, Michaux (10) 32 % des cas rapportés et Debray 1 cas sur 3.

Ces saignements sont dûs :

- soit à une invagination
- soit à une ulcération du lipome
- soit à une nécrose apicale comme elle se produit dans les cas de léiomyomes.
- soit à une inflammation de la sous-muqueuse

## 2 - Signes généraux

L'état général des malades est souvent altéré ; ceci est noté dans 15 à 20 % des observations (Michaux, Debray). L'amaigrissement peut être considérable ; Michaux donne le chiffre de 10 kg pour l'une des observations étudiées ; cet amaigrissement peut être attribué sans conteste à la diarrhée fréquente et sa déshydratation secondaire (dans ce cas le lipome avait la grosseur d'une mandarine).

## 3 - Signes physiques

La palpation abdominale de la tumeur varie d'un cas à l'autre (cf tableau II). La masse palpée est plus ou moins volumineuse, elle peut être mobile et plus ou moins sensible. A la percussion, la matité est nette.

TABLEAU II

|                |         |         |        |  |
|----------------|---------|---------|--------|--|
|                |         |         |        |  |
|                | Michaux | D'Javid | Debray |  |
|                | 181 cas | 278 cas | 72 cas |  |
|                |         |         |        |  |
| Masse palpable | 53 %    | 30 %    | 17 %   |  |
|                |         |         |        |  |
| Invagination   | -       | 32 %    | 35 %   |  |
|                |         |         |        |  |

## VII - AUTRES FORMES CLINIQUES

### A - Selon la localisation sur le colon

#### 1 - Localisation caecale

Elle simule volontiers une appendicite aiguë ou chronique : douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, vomissements, poussées fébriles.

#### 2 - Localisation colique droite

Elle peut simuler une pathologie vésiculaire : nausées, vomissements pesanteur post-prandiale et crises douloureuses de l'hypochondre droit.

#### 3 - Localisation rectale

Pesanteur rectale, douleurs à l'évacuation, ténésme, épreintes, sensation de corps étranger et parfois prolapsus.

Le toucher rectal et l'endoscopie permettent un diagnostic rapide.

### B - Formes associées

Des formes diverses d'association ont été décrites, réalisant une symptomatologie polymorphe ; mais ces associations sont très vraisemblablement fortuites.

Nous citerons : le lipome colique et fibrome, lipome colique et kyste ovarien, lipome colique et appendicite, lipome colique et cholécystite.

#### Lipome colique et cancer

Cette association existe, mais heureusement elle est peu fréquente et relève du hasard. Long et Dockerty en rapportent 8 observations sur 33 lipomes coliques (15). Debray en observe 1 sur 72 lipomes coliques étudiés (11). Aucun cas de cancer n'est signalé dans les statistiques de Michaux (10) ni de D'Javid (13). Ginzburg (20) note 9 cancers associés à un lipome.

## C - Formes compliquées

### 1 - Lipome invaginé

L'invagination est la complication majeure, fréquente, du lipome colique dont elle représente très souvent la première manifestation. Cette fréquence est liée au fait que le lipome est une tumeur relativement volumineuse et que son pédicule assez court entraîne facilement la paroi intestinale.

Cliniquement il se caractérise :

- soit par un syndrome sub-occlusif qui se répète ; parfois à cette occasion, on palpe un boudin d'invagination. Le lavement baryté visualise des images typiques.
- soit par un tableau d'occlusion aiguë du gros intestin avec douleurs, arrêt des matières et des gaz, vomissements, ballonnement abdominal, la radiographie est typique d'une occlusion mécanique.

### 2 - Elimination spontanée du lipome colique

Elle n'est pas exceptionnelle et constitue un véritable mode de guérison. Elle survient en général chez les malades dont le lipome était jusque là silencieux ; brusquement apparaissent de violentes douleurs abdominales paroxystiques accompagnées d'un syndrome sub-occlusif et d'une hémorragie de sang rouge. Puis, le lipome est éliminé par les voies naturelles. Il est retrouvé par le malade dans ses selles. Les lipomes ainsi expulsés sont en général bas situés (rectum ou sigmoïde).

\*\*\*\*\*

## VIII - ETUDE RADIOLOGIQUE

Sur les clichés radiographiques (lavement baryté), on peut porter sans difficulté excessive le diagnostic de tumeur bénigne, c'est à dire que l'on voit une lacune de dimensions variables, bien limitée, à contours réguliers, ronde ou ovale plus ou moins saillante dans la lumière colique.

Cette tumeur présente des caractères particuliers :

### 1 - hyperclarté

Pour tous les auteurs, (21-22), le lipome est la "plus claire" de toutes les tumeurs. Cette hyperclarté serait due au fait que la graisse est moins dense donc plus transparente que les autres tissus. Si ce signe se vérifie dans les lipomes cutanés, il n'est, en revanche, pas valable pour le lipome du côlon, ou plutôt son interprétation se heurte à la confusion possible avec les images aériques intestinales.

### 2 - Régularité du contour

Ce signe n'est pas constant. Il se retrouve également dans les adénomes. Par ailleurs, les contours lisses et réguliers des lipomes subissent, lors de l'examen radiologique avec compression des lobulations donnant à la tumeur un aspect verruqueux.

### 3 - Variabilité de forme du lipome colique

Le lipome est fait d'une masse molle, facilement déformable par les pressions coliques et les compressions. Cette forme est donc des plus variable ; d'arrondi, il peut devenir ovale ou pluriforme.

### 4 - Pédicule

On considère en général qu'un pédicule mince et long signe l'adénome, qu'un pédicule court et large est au contraire en faveur d'un lipome (Anderson, 25).

### 5 - Localisation

Comme nous l'avons vu plus haut, les lipomes sont plus fréquents sur la partie droite du cadre colique, les adénomes eux, prédominent sur le côlon gauche.

\*\*\*\*\*

## IX - TRAITEMENT

Le traitement du lipome colique est essentiellement chirurgical car :

- 1 - le doute persiste toujours quant à sa nature bénigne ou maligne
- 2 - le lipome peut donner des complications mettant en danger la vie du malade (invaginations, hémorragies).

### A - Excision simple

C'est la méthode idéale ; après colotomie, on procède soit à la section du pédicule, soit à l'énucléation après incision de la muqueuse en cas de lipome sessile.

De plus, actuellement, on peut exciser ces tumeurs par coloscopie au moyen de l'anse diathermique (18-19).

En général l'énucléation est facile en raison du plan de clivage qui sépare le lipome du tissu sain.

Ce procédé s'applique aux lipomes non compliqués.

### B - Résection limitée

Dès que la muqueuse entourant le pédicule du lipome est oedématisée ou friable, nous optons pour ce procédé avec suture termino-terminale en deux plans.

### C - Résection étendue

Lorsque les lésions coliques sont plus étendues du fait d'une invagination chronique ou que le doute subsiste sur la nature bénigne ou maligne de la tumeur (Otteni - 26), nous procédons à une colectomie classique.

Dans les cas où la nature histologique de la lésion est douteuse, l'examen anatomopathologique extemporané nous indiquera le type de colectomie à effectuer.

Le pronostic d'ensemble est bon : la guérison, sans complication, est pratiquement la règle pour tous les cas

\*\*\*\*\*

## X - CONCLUSION

Les lipomes coliques n'ont aujourd'hui plus le caractère exceptionnel qui autrefois faisait de ces tumeurs une curiosité scientifique.

En effet, depuis la première observation clinique rapportée par Bauer en 1757, de nombreuses publications leur sont consacrées dans la littérature.

Le lipome colique est rare, bénin, souvent unique ; il peut être double, voire triple. Il est rarement associé à un carcinome et ne dégénérerait pas contrairement à ceux de la peau et de l'espace rétro-péritonéal.

Le type sous-muqueux est plus fréquent que le sous-séreux.

Du point de vue clinique, sa symptomatologie est fruste, imprécise, faisant errer dangereusement le diagnostic. Parfois, cependant il se révèle par une symptomatologie bruyante : l'invagination, qui est révélatrice de l'affection, l'occlusion par obturation et l'hémorragie. Le traitement est essentiellement chirurgical, il se limite à l'énucléation simple dans les formes non compliquées et dans les autres cas, à la résection intestinale la plus économique possible, à moins qu'un doute sérieux existe quant à sa nature histologique.

Actuellement la coloscopie permet d'extirper des lipomes pédiculés, uniquement par voie endoscopique.

\* \* \* \* \*

TABLE DES MATIERES

|      |   |                         |          |      |
|------|---|-------------------------|----------|------|
| I    | - | Introduction            | 1        |      |
| II   | - | Historique              | 2        | - 3  |
| III  | - | Observations cliniques  | <b>4</b> | - 10 |
| IV   | - | Etiopathogénèse         | 11       | - 14 |
| V    | - | Anatomie pathologique   | 15       | - 19 |
| VI   | - | Etude clinique          | 20       | - 21 |
| VII  | - | Autres formes cliniques | 22       | - 23 |
| VIII | - | Etude radiologique      | 24       |      |
| IX   | - | Traitement              | 25       |      |
| X    | - | Conclusion              | 26       |      |
| XI   | - | Bibliographie           | 28       | - 29 |

\*\*\*\*\*

# XI - BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BAUER, -Epistola de Molis Intestinalarum - Lausanne 1757.
- 2 - SANGALLI, - Istoria clinica anatomica de tumori - Pavia 1860
- 3 - CLOS, - De l'invagination intestinale provoquée par les tumeurs de l'intestin et en particulier par le lipome de l'intestin.  
Thèse de Paris, 1883.
- 4 - HILLER, - Ueber Darmlipome Beitrage zur Klinischer, Chir. 1899
- 5 - STETTEN, - The submucous lipoma of the gastro-intestinal tract.  
A report of 2 succesfully operated cases and an analysis of the literature- Surg.gyn. et Obst. 9: 156 (1909)
- 6 - DEROCQUE, P et DEROCQUE, A. - Les lipomes sous-muqueux de l'intestin - Journal de chir. 24: 163 (1924)
- 7 - COMFORT, M.W. - Submucous lipomata of the gastro-intestinal tract.  
Surg. Gyn. et Obst. 52: 101 (1931)
- 8 - ODSREIL, - Uber Spontane Elimination von Darmlipomen - Virchow Arch. für Path. Anat. 305-413 (1939)
- 9 - SCHOTTENFIELD, - Lipomas of the gastro.intestinal tract. with special reference to the small intestine including the ileum, revue of the literature and report of 6 cases - Surgery 14: 47 (1943)
- 10 - MICHAUX, - Thèse Paris 1951 : "Contribution à l'étude des lipomes du gros intestin".
- 11 - DEBRAY, CH. - Lipomas of the colon - Arch.Mal.App.dig. 52: 883-908 (sept. 1963)
- 12 - HENRY, L. BOCKUS, - Gastro-enterology Vol II
- 13 - D'JAVID, I.F. - Lipomas of the large intestine  
J.Int.Coll.Surg. 33: 131-136 (1961)
- 14 - PEMBERTON et MAC CORMACK, - Submucous lipomas of colon and rectum  
Am. J.of Surg. 37: 205 (1937)
- 15 - LONG, C.G., DOCKERTY, M.C., WAUGH, J.M. - Lipoma of the colon  
Surg.Clin. N. Am. 29: 1233-1243 (1949)
- 16 - GAULT et KAPLAN, - Submucous lipoma of the colon report of a case  
Am.J.Surg. 53: 145 (1941)

- 17 - DAVY, A. et Col. - Les lipomes du côlon  
Rev.Med.Normande 10 6:413-432 (juin 1968)
- 18 - PAPP, J.P., M.D., HAUBRICH, W.S., M.D. - Endoscopic removal of  
colon lipomas.  
Gastrointest. endoscopy 20 n<sup>o</sup> 2 (1973)
- 19 - WAYE, J.D. and FRANKEL, A. - Am.J. Gastroenterol. 61 (3):221.222 (1974)
- 20 - GINZBURG, L., WEINGARTEN, M., FISCHER, M.G. - Submucous lipoma  
of colon  
Ann.Surg. 148: 767 (1958)
- 21 - BERK, R.N. and WERNER, L.G. - The radiology corner : lipoma  
of the colon.  
Am. J. Gastroenterol. 61 (2): 145-150 (feb.1974)
- 22 - DEETHS, T.M. and DODDS, W.J. - The radiology corner : lipoma  
of the colon  
Am. J. Gastroenterol. 58 (3): 326-331 (sept.1972)
- 23 - CASTRO and STEARNS, - Lipoma of the large intestine : A review  
of 45 cases. Dis.colon rectum 15 (6):441-4 (nov.dec-1972)
- 24 - ROGISTER, G. - Voluminous subserous lipoma of the left colon.  
Journal de chirurgie Paris, 87: 61-4- (janvier 1964)
- 25 - ANDERSON BONAR, - Submucous lipomata of the large intestine  
Glasgow Med. Journal 31: 78 (1950)
- 26 - OTTENI, F. KLEIN, A., STOLL, G. et HOLLENDER, L.F. - Les lipomes  
sous-muqueux du côlon, à propos de 7 observations personnelles.  
Arch. françaises des Mal. de l'app. digest. Paris 1972  
61 no 12 : 749-58
- 27 - FELDMAN, M. - An appraisal of associated conditions occuring in  
autopsied cases of lipoma of the gastrointestinal tract.  
Am.J.Gastroenterol. 36: 413-6. (oct. 1961)
- 28 - BONIE et SWAN - Benign tumors of the colon  
Surg.clin of North America 9: 883 (1929)

\*\*\*\*\*









